

Emergency Medicine

急救医学

荣誉主编 许荣廷

主 编 姜笃银 邵明举 王兴蕾



山东大学出版社

急救医学

荣誉主编 许荣廷

主编 姜笃银 邵明举 王兴蕾

(现代医学)

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

姜笃银 邵明举 王兴蕾

山东大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

急救医学/姜笃银,邵明举,王兴蕾主编. —济南:
山东大学出版社, 2015. 1
ISBN 978-7-5607-5223-5

I. ①急… II. ①姜… ②邵… ③王… III. ①急诊—
临床医学 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 023025 号

责任策划:米克荣
责任编辑:唐 棣
封面设计:牛 钧

出版发行:山东大学出版社

社 址 山东省济南市山大南路 20 号

邮 编 250100

电 话 市场部(0531)88364466

经 销:山东省新华书店经销
印 刷:济南景升印业有限公司印刷
规 格:787 毫米×1092 毫米 1/16
24.5 印张 560 千字
版 次:2015 年 1 月第 1 版
印 次:2015 年 1 月第 1 次印刷
定 价:39.00 元

版权所有,盗印必究

凡购本书,如有缺页、倒页、脱页,由本社营销部负责调换

《急救医学》编委会

荣誉主编 许荣廷 王兴蕾
主 编 姜笃银 邵明举 王兴蕾
编 委 (以姓氏笔画为序)

于杰滨	王文文	王兴蕾	王春燕
许荣廷	邢德国	李 丽	张 亮
张姗姗	邵明举	郝学喜	姜笃银
宫宁基	郭家健	常 铮	薛 涵

序 言

随着我国现代化建设的快速进程和国民经济飞速发展,医学科技特别是急救医学亦有了长足的进展。为适应医学科技发展和高校急救医学专业教学的需要,我们组织相关急救医学专家编写了本书。全书旨在提高急救医学专业的教学水平,使基础理论和诊疗技术密切结合,完善急救医学教学与运行体系,推动急救医学科研与实践的进展。本书编写过程中,参阅了大量的国内外最新急救医学文献,阐述了最新的急救医学理念与基础知识,急救特色重点突出,可作为高校临床医学、急救医学、口腔医学、护理专业等相关学科的本科教材;也可作为医学院校急救医学专业硕士研究生入学考试、急救医学专业执业医师考试、急救医学技能培训等的参考用书;同时亦可作为急救医学专业临床医师的案头参考书籍。

与传统急救医学教材比较,本书突出了危重病的救治、独特的临床处置思维以及循证急救学特点。对急危重症的各专科病种,本书仅选择重点疾病进行阐述,避免了许多不必要的重复,并力求简明扼要,因而该书具有较高的科学性、学术性、应用性。但是,由于本书乃众人合撰,参考文献及数据不尽一致,各章节文笔风格亦有不同;加之我们水平所限,书中疏漏或错误之处在所难免,恳请医界同仁和广大读者诚加赐教斧正。

编者

2014年12月10日

于山东大学第二医院

目 录

第一章 急救医学概论	1
第二章 院前急救概论	3
第三章 经典症状学	7
第一节 发热	7
第二节 头痛	9
第三节 眩晕	11
第四节 晕厥	12
第五节 意识障碍与昏迷	14
第六节 抽搐与惊厥	16
第七节 胸痛	18
第八节 呼吸困难	19
第九节 咯血	20
第十节 恶心与呕吐	20
第十一节 腹痛	21
第十二节 腹泻	23
第四章 急症急救	24
第一节 心肺复苏基本操作	24
第二节 休克急救	29
第三节 多器官功能障碍综合征	34
第四节 水电解质平衡紊乱	37
第五章 呼吸系统急病	42
第一节 急性呼吸衰竭	42

第二节	支气管哮喘急性发作	46
第三节	急性肺栓塞	50
第六章	循环系统急病	56
第一节	急性心肌梗死	56
第二节	急性心力衰竭	62
第三节	严重心律失常	73
第四节	高血压急症	79
第七章	消化系统急病	87
第一节	急性上消化道出血	87
第二节	急性胰腺炎	92
第八章	神经系统急病	99
第一节	短暂性脑缺血发作	99
第二节	动脉硬化性脑梗死	102
第三节	脑栓塞	108
第四节	脑出血	109
第五节	蛛网膜下腔出血	120
第六节	癫痫持续状态	126
第九章	内分泌系统急病	131
第一节	甲状腺功能亢进危象	131
第二节	糖尿病酮症酸中毒	133
第十章	血液系统急病	137
第一节	急性溶血危象	137
第二节	弥散性血管内凝血	144
第十一章	泌尿系统急病	150
第一节	急性肾衰竭	150
第二节	各种原因所致的急性肾损伤	155
第十二章	急性中毒	166
第一节	急性中毒的救治原则与注意事项	166
第二节	急性百草枯中毒	171
第三节	有机磷农药中毒	178

43	第四节	急性有害气体中毒	189
44	第五节	常见急性食物中毒	195
60	第六节	食源性异种蛋白过敏症	196
81	第七节	重金属中毒	197
91	第八节	急性毒品中毒	206
91	第九节	84 消毒液中毒	209
	第十三章	感染性疾病	211
68	第一节	流行性出血热	211
81	第二节	中毒性菌痢	222
3	第三节	诺如病毒感染性腹泻	225
81	第四节	禽流感	226
6	第五节	艾滋病及其并发症	229
	第十四章	理化因素所致疾病	232
	第一节	中暑	232
	第二节	溺水	236
	第三节	电击伤	239
	第四节	冻伤	243
	第十五章	外科急症	248
	第一节	创伤急救	248
	第二节	骨折	260
	第三节	急腹症	280
	第十六章	重症监护与监测	290
	第一节	重症监护概述	290
	第二节	重症监护实施与 EICU 管理	291
	第三节	重症监测	294
	第十七章	常用诊疗急救技术	315
	第一节	中心静脉置管术	315
	第二节	血流动力学监测技术	318
	第三节	胸腔、腹腔穿刺术	322
	第四节	腰椎穿刺术	326

第五节	心包穿刺术	328
第六节	洗胃术	330
第七节	血液净化疗法	336
第八节	气管插管术及气管切开术	344
第九节	机械通气	348
第十节	电击复律及心脏起搏术	359
第十一节	溶栓疗法	364
第十二节	介入治疗术	366
第十三节	氧气疗法	368
第十四节	降温疗法	372
第十五节	危重患者的营养支持	376
参考文献		378

382	急救医学	第四十卷
383	急救医学	第四十一卷
384	急救医学	第四十二卷
385	急救医学	第四十三卷
386	急救医学	第四十四卷
387	急救医学	第四十五卷
388	急救医学	第四十六卷
389	急救医学	第四十七卷
390	急救医学	第四十八卷
391	急救医学	第四十九卷
392	急救医学	第五十卷
393	急救医学	第五十一卷
394	急救医学	第五十二卷
395	急救医学	第五十三卷
396	急救医学	第五十四卷
397	急救医学	第五十五卷
398	急救医学	第五十六卷
399	急救医学	第五十七卷
400	急救医学	第五十八卷
401	急救医学	第五十九卷
402	急救医学	第六十卷

第一章 急救医学概论

一、概念

急救医学是急诊医学和危重病医学的重要内容,是研究抢救患者的理论与技能,是医护人员利用各种手段对生命体征不稳定的患者实行紧急救治,使患者不稳定的生命体征在短时间内得到恢复,并对生命给予有效的支持和延续,为后续治疗提供可能的一门多专业的新兴学科。它与临床各学科知识相互交叉、相互渗透。所救治的对象分布于院内、院外各种场所,主要包括院前急救、医院急诊室、重症监护室三部分,当然也包含各科普通患者突发意外情况的紧急救治、突发公共卫生事件的安排、治疗等。该学科就是要进一步探讨如何采用更迅速、更有效、更有组织性的抢救措施和救治手段,以降低急危重患者的死亡率和伤残率,并进一步探讨与急救密切相关的基础理论和基础实验研究。

“急救”与“急诊”经常被混用,但含义却有所差别。急救侧重于紧急救治,首先实施紧急抢救措施维持生命体征并进一步抢救治疗,突出表现为对急危重症、创伤、灾害事件的急救反应能力,包括急救人员、车辆、通讯的调动准备,现场初级抢救,转运过程,到达医院的抢救等,更加突出抢救生命和稳定生命体征的救治和组织管理,还涉及熟练急救技术的有效使用;也包括培训非专业人员或普通公众了解掌握必要的急救知识和技能等。急诊同样是紧急救治,在救治的同时对急危重症、创伤和意外伤害进行评估、急诊处理、治疗和预防的学科专业体系,主要侧重于判断、救治急危重症和创伤。应该来讲,两者并无太大不同,两者相互交叉、重叠,在各种急性疾病的救治过程中都会有明确的体现。

二、发展史

急救医学或急诊医学作为一门新兴的临床学科是于 20 世纪 70 年代首先在美国出现的,1968 年,成立了美国急诊医师学会(American College for Emergency Physicians, ACEP),1972 年,美国医学会认可急诊医学作为一门独立学科,随后各国的急诊急救医学也加快了发展的进程。1980 年,我国卫生部颁布了《关于加强城市急救工作的意见》,促进了急救相关领域的学术交流,并先后成立了全国危重病急救医学筹委会、中国中西医结合急救医学委员会等。1986 年,卫生部颁布《中华人民共和国急救医疗法(草案)》,规定“市、县以上地区都要成立急救医疗指挥系统,实行三级急救医疗体系”,成立医院急诊科、城市急救中心等。1986 年 10 月召开了第一次全国急诊医学学术会议,1987 年 5 月正式成立了急诊医学学会。现在经过 30 多年的发展建设,我国的急诊医疗体系不断完善,院

前急救、院内急救、急危重症的救治护理等都得到了快速的发展,特别是近十年来,科学技术的进步和医疗技术、医疗设备的进步、更新,更加速了急诊急救医学的进程。

从时间上来看,我国急诊急救医学发展过程可分为三个阶段:

第一阶段:急诊医学成为独立学科。三级以上医院分别成立急诊科,但完全独立,多采取专科支援的方式来解决急诊医疗问题,总体水平不高。

第二阶段:急诊医学快速发展。急诊科发展成为独立自主的急诊模式,临床急救水平不断提高,并逐步开展了许多临床急救新技术如急诊介入、急诊手术、急诊溶栓等,渐渐成立了院前急救、急诊重症监护病房等。急诊专业人员不断发展壮大,但还未形成专业的急诊医疗体系,未经过系统的学习和专业培训。

第三阶段:急诊医学成为二级临床学科。经过近年来多起突发公共卫生事件的出现和国家的支持、医学的进步,急诊医学渐渐发展成为独立的二级学科,加上各级政府部门高度重视对各类突发公共卫生事件的应急决策指挥和紧急救援,急诊医疗体系及灾难事故的应急救援系统得到快速发展。急诊医学专业逐步形成,并形成国家急诊专科医师培训基地,使今后从事急诊工作的人员专业化,能够解决临床涉及的各类急诊问题,从而成为真正意义上的跨专科、综合性的临床专业。

三、工作观念

(一)“救人治病”的原则

在急救医学的理念中首要的是“救人治病”,要求救治方向首先是抢救患者的生命,首先要维持住患者的生命体征,然后再考虑患者的疾病诊断。这是由急救医学的工作性质决定的,急症患者病情多变,且病情复杂,很多时候很难快速明确临床诊断,且急诊抢救有很强的时限性,故要求急救医护人员尽可能缩短院外或接受专业救治的时间,尽可能地维持患者生命体征稳定,为下一步抢救治疗赢得时间。

(二)临床工作观念

1. 病情评估

接触急救患者过程中应当给予急诊病情评估,包括第一次接触和治疗过程中,并根据病情评估系统评分对患者病情进行综合性估计治疗效果、预后。

2. 诊断分析

急救医学要求临床医师在分析患者疾病的过程中综合分析患者病情,并有所侧重;在诊疗过程中,可遵循先稳定患者病情,再弄清病因的逆向思维方式,首先稳定患者的生命体征,然后再积极寻找患者的原发病;由于专业的特殊性,急救医学强调“时间窗”的概念,强化急救意识,时间就是生命,要求医师在尽可能短的时间内稳定患者病情,并尽快送医院或接受专业治疗。

3. 稳定情绪

耐心倾听患者及家属的诉说,并给予心理上的安慰和关怀,对疾病给予果断的处理,采取适当的方式向患者或家属讲解患者的病情,使其对病情、预后有一定的了解和接受,并能够配合治疗,减少产生不必要的矛盾。

(姜笃银)

第二章 院前急救概论

院前急救是相对于院后治疗而言的,目前我国二级以上的医院基本都建有急诊科或急诊室,急诊科配有先进的医疗设备、训练有素的抢救队伍、完善的流程,抢救治疗水平高,但在没有院前急救之前,总体而言抢救成功率并不理想。因为急诊科抢救的患者是“等来的”,患者从发病到获得救治时,已经经历了“漫长、曲折”的过程,大多失去了宝贵的抢救时机,比如心搏骤停患者,5分钟后的抢救已经失去了意义。并且患者在到达急诊科前,还可能受到了非专业人员的不适当“关照”,使病情加重或造成二次伤害(如脊柱外伤时的不正确搬动使脊髓受损),留下不可弥补的损伤和终身遗憾。那么,如果能把急诊科的“坐等患者”变为主动出击,把微型急救单元直接移送到患者床前,给患者及时、专业的治疗,并安全转送到医院急诊科,将会大大提高抢救成功率。要完成这项工作需要有一支专业的医疗急救队伍、精良的医疗救护设备、特殊的交通工具、方便快捷的呼叫调度系统,这就是院前急救。

一、院前急救的发展史

院前急救最早出现在欧美国家,如位于美国曼哈顿的一家医院,最早在1870年利用5辆马车作为救护车,一年出诊1812次。1883年,法国巴黎也曾使用马车作为救护车,负责医院间转送患者,并提供现场医疗救护服务。19世纪中叶电话诞生后,就开始了电话医疗救助,并设有专用号码作为急救电话。1973年,经美国联邦政府和运输部批准,建立了急救医学服务体系(emergency medical service system, EMSS),从此以后美国院前急救得到迅速发展。德国也是开展院前急救较早的国家,并且起点高,1986年就开始使用直升机急救,大大扩展了服务半径,提高了急救速度。

我国开展院前急救相对于欧美国家要晚些,20世纪50年代才开始在个别大城市开设急救站,车辆、设备比较简陋,人员也非常匮乏,当时还没有普及电话,出诊数量非常有限,出车速度也较慢,加之“文革”十年动乱的影响,当时院前急救发展缓慢。直至1980年,才由卫生部主持召开了第一次10城市急救站工作会议,参加会议的有北京、上海、广州、南京、天津、西安、杭州、重庆、长春、哈尔滨。从此以后,院前急救工作比较迅速地发展起来。截至2011年底,我国“120”电话开通率县级为93%、地区99.62%,省级100%,即使未有开通“120”电话的县级医院和乡镇医院,也成立了院前急救队伍。

二、院前急救的任务

2001年,我国原卫生部《关于印发卫生事业第十五年计划纲要的通知》指出:“院前急救医疗是卫生事业的重要组成部分,是由政府主办的非营利性公益事业,是社会保障体系的重要组成部分。”这就定性了院前急救为非营利性,为社会保障服务,也代表政府的形象。院前急救承担着社会责任、百姓的生命之托。

(一)院前急救是EMSS的重要部分

整个急救医学服务体系是从院前急救开始的,可以让患者在最短的时间内得到专业的医疗服务,从而抢救了患者的生命,如心搏骤停患者、严重创伤患者等。时间就是生命,如果患者不能得到及时有效的救治而错过了最佳时机,以后无论如何努力,都是徒劳的。院前急救是急诊医疗的开始和基础,也是院后治疗的保障和前提。院前急救工作做得好,既可以挽救无数人的生命,也能为以后患者取得良好的治疗效果打下坚实基础。

(二)院前急救是社会保障体系的重要组成部分

随着社会发展的需求增加和经济发展的突飞猛进,加之地球环境的恶化和气候环境的多变,人为事故越来越多,如交通事故、火灾、化学毒物泄漏、工作中不良事件的发生等;同时自然灾害也频繁发生,如地震、水灾、台风、高温等,造成了大批人员的伤亡。无论是人为灾难还是自然灾害发生时,院前急救人员必然首当其冲,因为他们训练有素,响应迅速,适应恶劣环境的能力强,工作效率高,应对得当,从而挽救了无数人的生命。同时他们也是政府能力的体现,在最短的时间内,用最快的速度,把政府的关怀传送到人民的心中,在一定程度上起到消除恐怖情绪、稳定民心的作用。

(三)大型社会活动的保障

在当今社会中,文化、经济和政治的需求越来越多,一方面大型集会、竞赛、交流等活动也在不断增多,另一方面,城市人口越来越密集、各种设施越来越集中,发生大型灾害事故的可能性随时存在。另外人为破坏的危险性并没有减少,因此,每当各类大型活动举办时,院前急救成为了必不可少的保障措施。

(四)急救知识的普及和推广

院前急救深入到社会基层,与人民群众联系最为密切,除完成急救任务外,还担负着对社会人群进行急救知识的宣传和普及工作,提高人们对急救的认识,掌握必要的急救技能(如心肺复苏术等),使身边的人受益。在这方面,我国比起欧美等发达国家有极大的差距。如果能使每个有能力的成年人都参与到急救之中,医院的抢救成功率必能大大提高,更多的生命将得到挽救。

三、院前急救的原则

院前急救工作不同于院后抢救,它的首要任务就是抢救生命,然后稳定病情,进行必要的对症处理,安全迅速地将患者转送至医院急诊科。因此,院前急救工作要遵循以下原则。

(一)抢救生命第一

对于心搏骤停或呼吸消失患者,必须就地开展抢救工作,尽快恢复患者的呼吸和循

环,避免器官不可逆的损害,为以后的治疗和康复提供保障。

(二) 稳定生命体征

对于病情严重的患者,要尽快采取措施,防止病情恶化,稳定患者的生命体征。如创伤大失血患者,必须马上有效止血,并建立静脉通道,快速补充血容量;窒息患者需要迅速开放气道,尽力帮助患者排出气道异物,必要时建立人工气道,维持生命体征;脊椎损伤的患者,要严格限制患者活动,及时进行脊柱固定如颈托、脊柱板,防止在搬运及转运时加重伤害。

(三) 安全转运

院前急救工作现场的抢救条件毕竟有限,对生命体征得到初步稳定的患者、需要转送到医院进一步治疗的患者,既要采取必要的措施保证患者在转运途中的安全,又要以最快速度把患者送至医院,便于患者得到及时的检查和治疗。

四、院前急救工作的特点

(一) 时效性强

“时间就是生命”用在院前急救工作上最恰当不过,争取用最快速度到达现场,让患者在最短的时间内得到治疗,是患者也是医护人员的愿望。但是要实现这个目标又是何等的不易,道路交通堵塞日益严重,即使救护车等特殊车辆也“无路可走”,社会车辆“无路可让”或故意不让行,都使生命之路异常难行。另外,患者及家属急迫的心情又形成了鲜明的对比,他们“度秒如年”,认为放下呼救电话,救护人员就应该马上出现。这就要求院前急救人员除了随时做好准备、闻警而动外,还必须熟悉道路,掌握周边的交通状况,避免车辆堵塞和行进中的障碍,另外还要和家属随时做好交流和沟通,取得家属的理解。

(二) 工作环境恶劣,劳动强度大

院前急救是连接医院和患者的桥梁,绝大部分工作时间都是在室外,室外的抢救司空见惯,无论是严冬还是酷暑,不管是暴雨还是冰雹,都要坚持工作。缺少必要的照明设备,还要携带沉重的医疗设备,工作场所不固定,车辆颠簸等等,另外还要抬送患者,不管患者体重多少,不论楼梯多么狭窄,无论工作人员身体状况如何,都必须把患者安全搬运到救护车上,难度可想而知。

(三) 风险性高

因为院前急救工作场所变化无常,无论在火灾、水灾区域,在爆炸、有毒气体或化学腐蚀物泄漏环境中,还是在凶案现场,除了救治难度大外,工作人员也置身于危险之中,随时都可能成为受害者;面对的患者也形形色色,有酗酒者、吸毒者、精神病患者,也有对社会不满者、情绪失控者,院前工作人员随时都可能受到他们的攻击或伤害,但他们又是患者,明明知道风险极高,还必须去救护。往往医护人员是最先到达现场或后来居上,只要有伤(病)员在,医护人员就只能前进,因此,所承担的风险极高。

(四) 救治难度大

1. 患者的病情不能预测,病种不能预料,患者疾病涉及面广,预先准备难度大,对医护人员的要求高。

2. 病情紧急,必须迅速评估病情并作出诊断和治疗,要求不但要有丰富的医学知识,

还要能在紧急情况下快速作出正确的反应。

3. 在有限的条件下,实施救治难度大,周围嘈杂昏暗的环境、恶劣的气候条件、行进中的车辆等都会对救治带来不利影响。

四、院前急救工作的展望

(一)加强院前急救建设,充分体现公益性

这就需要政府提高对院前急救的重视程度,加大投入力度,在设施建设、设备升级、人才培养方面,给予充分支持,使院前急救更好地为人民健康服务。

(二)信息网络化建设

目前我国的调度系统基本实现网络化,但院前急救与院后抢救的信息不及时,应该建设两者间的信息网络,能将患者的信息及时传输到急诊科,提前作出诊断和抢救准备,缩短患者救治时间,提高抢救效率,同时急诊科也可以为院前急救提供专业指导和帮助。

(三)成立院前急救医学,培养专门人才

院前急救是急诊科的一部分,但又不完全等同于急诊科,对院前急救医务人员的专业要求也有所不同,他们不一定专业知识非常深厚,但知识面一定要广;急救技能必须扎实全面;适应各种救援环境的能力要强;独立工作能力要求高;因此需要成立专门的院前急救专业,培养出训练有素、知识技能全面的专门人才。

(邵明举)

第三章 经典症状学

第一节 发热

正常人的体温受体温调节中枢所调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热源(pyrogen)作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热(fever)。

【诊断】

1. 病史

详细询问病史对发热原因的诊断常能提供重要线索。此外,对发热患者定期检测体温,密切观察热度的高低、时限、热型等也有重要价值。

2. 起病方式

一般而言,急性感染性疾病起病多较急骤,常有受凉、疲劳、外伤或进食不洁食物等病史,若发热前有明显寒战者,多属化脓性细菌感染或疟疾;而一般非感染性发热,以及结核、伤寒、立克次体和病毒感染多无寒战。

3. 发热的分期与分型

按照发热的高低,可分为:①低热:37.4~38℃;②中度发热:38.1~39℃;③高热:39.1~41℃;④超高热:41℃以上。临床表现可分为以下三期:

(1)体温上升期:体温上升期常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。体温上升有两种方式:

①骤升型:体温在几小时内达39~40℃或以上,常伴有寒战。小儿易发生惊厥。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感、急性肾盂肾炎、输液或某些药物反应等。

②缓升型:体温逐渐上升在数日内达高峰,多不伴寒战。如伤寒、结核病、布鲁菌病(brucellosis)等所致的发热。

(2)高热持续期:此时体温已达高峰,临床表现为皮肤潮红而灼热,呼吸加快加强,可有出汗。此期持续数小时、数天或数周。其热型(体温曲线)可表现为:

①稽留热(continued fever):体温持续于39~40℃,达数天或数周,24小时波动范围不超过1℃。见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒(早期)等。

②弛张热(remittent fever):体温在39℃以上,但波动幅度大,24小时内体温差达

2℃以上,体温最低时一般仍高于正常水平。见于败血症、脓毒血症、风湿热、重症结核、化脓性炎症如肝脓肿等。

③间歇热(intermittent fever):高热期与无热期交替地出现。体温波动幅度可达数度。无热期(间歇期)持续1天乃至数天,反复发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎、局限性化脓性感染等。

④回归热(recurrent fever):体温急骤升高至39℃以上,持续数天后又骤然下降至正常水平,高热期与无热期各持续若干天,即规律地互相交替一次。见于回归热、霍奇金病、周期热等。

⑤波状热(undulant fever):体温逐渐升高达39℃或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,数天后又逐渐升高,如此反复多次。常见于布鲁菌病、恶性淋巴瘤等。

⑥不规则热(irregular fever):发热持续时间不定,变动无规律,可见于肺结核、感染性心内膜炎等。

应予以强调的是,目前由于抗生素的广泛应用(包括滥用),或由于应用(包括不适当应用)解热药、肾上腺皮质激素等,使上述典型热型已不常见。此外,热型也与机体反应性有关,年老体弱者由于反应性差,即使化脓性细菌感染也常无寒战、高热,而表现为低热甚至不发热。

(3)体温下降期:由于机体的防御功能与适当的治疗,疾病得到控制,体温恢复正常。体温下降的方式有两种:

①骤降:体温于数小时内迅速降至正常,有时可低于正常,常伴有大汗。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎及输液反应等。

②渐降:体温于数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

【伴随症状】

1. 寒战常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。

2. 结膜充血常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

3. 口唇单纯疱疹多出现于急性发热性疾病,常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。

4. 淋巴结肿大常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。

5. 肝脾肿大常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布鲁菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。

6. 出血发热伴皮肤黏膜出血可见于重症感染及某些急性传染病,如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病,如急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

7. 关节肿痛常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。

8. 皮疹常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。

9. 先发热后昏迷常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等;先昏迷后发热见于脑出血、巴比妥类药物中毒等。